459

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'UTILITÉ DE LA RECHERCHE DES

RÉACTIONS A LA TUBERCULINE

dans le diagnostic des affections qui peuvent être prises pour des tuberculoses externes

J. ESNOUF

Né le 29 juillet 1884, à Servigny (Manche)

PRÉSIDENT : M. C. ACHARD, PROFESSEUR

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910

Faculté de Médecine de Paris

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL, Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA, André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET, André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ, Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MES NEVEUX

A MA FAMILLE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de pathologie et thérapeutique générales

Médecin de l'hôpital Necker

A la Mémoire de

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. POIRIER

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

Médecin de l'hôpital Tenon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON

Ancien Chirurgien de l'hôpital de la Charité

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Doyen de la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Laënnec

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

Accoucheur de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYET

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph

INTRODUCTION

La tuberculose est une des affections dont le diagnostic précoce présente le plus de difficultés : chez l'enfant, en particulier, qui n'expectore point, la recherche du bacille de Kock est impossible et nous nous trouvons le plus souvent en face de quelques rares symptômes, extrêmement vagues, qui laissent presque toujours le diagnostic imprécis.

« Trop souvent, en effet, dit M. Comby (1), la tuberculose est pour le médecin d'enfants une trouvaille d'autopsie. »

Pour le chirurgien, et nous nous occuperons, dans ce travail, surtout des formes qui l'intéressent, la tâche n'est pas plus aisée, les éléments de diagnostic sont encore plus vagues.

Il n'est donc pas étonnant que des recherches nombreuses aient été faites à ce sujet et que l'on se soit efforcé depuis longtemps d'ajouter aux signes cliniques, réellement insuffisants, d'autres éléments de diagnostic plus fidèles et plus précis.

Parmi les plus récents et, nous pouvons ajouter, parmi les plus utiles, il faut placer, à coup sûr, les réactions locales à la tuberculine ; à ce sujet, qu'il

(1) Comby, 4. (Ce numéro renvoie au numéro correspondant de la Bibliographie.)

nous soit permis, en quelques mots, de rappeler pour mémoire l'état actuel de la question au point de vue général.

« Le mois de mai de 1907, dit le Docteur L. Morquio (1), marque une époque importante dans l'histoire de la tuberculose. A peu de jours d'intervalle, deux mémoires furent présentés à la Société de Médecine de Berlin : l'un, de Von Pirquet, au sujet de la cuti-réaction (séance du 8 mai et publié le 20 du même mois dans le *Berl. Klin. Woch.*, n° 20, p. 664), et l'autre de Wolff-Eisner, sur l'Ophtalmo-réaction (séance du 15 mai). »

C'est à cette date, en effet, qu'il faut placer l'origine réelle des réactions à la tuberculine employées au diagnostic des affections bacillaires; mais leur valeur, à ce point de vue, avait été, dès 1890, soupçonnée et indiquée par Kock lui-même, il ne faut pas l'oublier, et M. Landouzy pouvait écrire presque aussitôt après la publication du remède, de valeur malheureusement nulle au point de vue thérapeutique : « Mettant en œuvre prudemment, judicieusement la nouvelle lymphe, les médecins arriveront à affiner certains diagnostics de tuberculose commençante, tenus en échec par l'auscultation, autant que par la bactérioscopie (2) ».

Avant le mémoire de Von Pirquet, qui réglait de

(1) Dr L. Morquio, 12.

(2) M. Labbé, 1.

façon précise la technique de la cuti-réaction, son maître Escherich avait déjà observé et signalé la réaction à la piqûre, la stichréaction, après une injection sous-cutanée de tuberculine.

Depuis lors, nombreux sont les travaux auxquels donnèrent lieu ces nouveaux procédés de diagnostic accueillis avec tant d'enthousiasme. A côté des noms de Von Pirquet, de Wolff-Eisner, il convient de placer celui de M. Calmette, qui, par l'emploi de tuberculine précipitée ou tuberculin test, vint apporter un perfectionnement notable dans la technique de l'ophtalmo réaction ; ceux de Lignière, de Moro, de Laffitte-Dupont, de Molinard, enfin celui de M. Mantoux, (1) qui eût le mérite de signaler une nouvelle forme de réaction, décrite par lui sous le nom d'intra-dermo réaction à la tuberculine.

Rappeler ces quelques noms nous a paru nécessaire ; mais notre intention n'est pas de faire tout au long l'historique de cette question, qui a donné lieu à tant de discussions et de contreverses ; nous craindrions, en agissant ainsi, de sortir de notre sujet et nons nous contenterons de faire remarquer au début de ce travail combien sont multiples les réactions locales à la tuberculine. Sans vouloir retenir plus longtemps notre attention sur celles qui ne sont pas entrées dans une pratique courante, comme la tuberculinisation percutanée ou la rhino-réaction,

(1) Mantoux, 15.

nous ne nous arrêterons que sur quatre des plus importantes : la séro-réaction, l'ophtalmo-réaction, l'intra-dermo et la cuti-réaction. Sans vouloir consacrer à chacune d'elles de longs développements qui ne peuvent trouver place dans ce travail, il nous a cependant paru intéressant d'en comparer la valeur respective.

De la séro-agglutination, nous dirons peu de chose ; malgré les avantages que lui reconnaissent MM. Arloing et Courmont (1) (innocuité absolue, aucune contre-indication, facilité et rapidité de la réaction, possibilité de la répéter aussi souvent qu'on le veut, discrétion dans son emploi, applications au séro-diagnostic local et possibilité de séro-pronostic), c'est une méthode dont la précision ne semble pas encore assez grande et dont la valeur n'est pas encore prouvée par un nombre de statistiques suffisant ; il vaut mieux les attendre que se hâter de conclure.

De l'ophtalmo-réaction également, nous ne dirons qu'un mot, bien que sa recherche puisse être d'une grande utilité et que les nombreuses statistiques dont elle a été l'objet permettent de la considérer comme une méthode précise et fidèle. Associée surtout à la séro-réaction, avec laquelle elle donne les résultats les plus concordants suivant MM. Arloing et Courmont, elle pouvait rendre de précieux services

(1) Arloing, 7.

en présence d'un diagnostic hésitant ; malheureusement, il ne faut pas l'oublier, ce procédé a un inconvénient assez grave et nombreux déjà sont les expérimentateurs qui ont pu constater chez leurs malades quelques troubles du côté des conjonctives. Le phénomène n'a d'ailleurs jamais rien présenté de grave, mais il a suffi pour refroidir l'enthousiasme avec lequel cette méthode avait été accueillie et pour expliquer le discrédit dans lequel elle est peu à peu tombée.

L'intra-dermo-réaction mérite de nous arrêter un peu plus longtemps ; sa technique extrêmement simple, ne nécessitant aucun outillage spécial, permet à tout patricien d'en faire une recherche aussi rapide que facile ; l'absence de tout phénomène douloureux vient encore faciliter sa tâche en ne l'exposant point aux récriminations de certains malades pusillanimes ; elle ne donne pour ainsi dire jamais lieu à des troubles généraux, et les quelques cas, très rares du reste, où l'on a constaté une élévation de température persistante sans aucun autre accident plus grave d'ailleurs, ne suffisent pas à discréditer une méthode aussi constante dans ses caractères, que facile dans son interprétation. La netteté avec laquelle elle se présente, rendant toute confusion impossible n'est pas le moindre de ses avantages. « Pratiquée simultanément en deux points symétriques, l'intradermo a exactement les mêmes caractères ; pratiquée à plusieurs reprises chez un même sujet, elle se reprot d'une façon très analogue ; — négative une pre-

mière fois, elle reste négative quand on la renouvelle (1). »

Des recherches nombreuses et d'importantes statistiques permettent d'affirmer l'existence de tous ces caractères précis. Nous mentionnerons seulement ici les 373 observations réunies par M. Mantoux, les 150 inoculations faites par M. Macé de Lépinay, la discussion à la Société médicale des Hôpitaux entre MM. Macé de Lépinay, Nobécourt, Comby, Lereboullet et Dufour, enfin les recherches de M. Lereboullet sur 51 individus (hommes, femmes, enfants) et de leur étude, nous concluons que l'intra-dermo-réaction, par sa précocité, sa netteté et sa fidélité, constitue un procédé de choix pour la recherche de la tuberculose.

Arrivons enfin à la cuti-réaction : sa technique, telle qu'elle avait été réglée par Von Piquet, ne donna guère de satisfaction et les résultats furent peu encourageants, jusqu'au jour où M. Comby la modifia en substituant, aux scarifications, de simples piqûres avec lancette à vaccin et en remplaçant la tuberculine brute par la solution de tuberculine à 1/100 de l'Institut Pasteur.

Parmi les principales statistiques publiées à son sujet, nous relevons celle de M. Comby, qui rapporte 221 observations, dans lesquelles 129 fois la cuti-réaction fut positive et 92 fois négative. « Chez

(1) Hutimel, 5.

ceux qui avaient réagi positivement, dit-il (1), six autopsies sont venues montrer la tuberculose dans cinq cas, et, dans le sixième, des tumeurs rénales de nature encore indéterminée et qui sont peut-être tuberculeuses, soit, sur six cas, cinq positifs et un négatif ou douteux.

« Chez ceux qui n'avaient pas réagi, quatre autopsies ont montré : une endocardite avec un ganglion calcifié, une fièvre typhoïde avec ganglion calcifié, une méningite tuberculeuse ultime, une pneumonie caseuse avec hyperthermie à évolution très rapide. Les deux premiers cas peuvent être considérés comme guéris de leur tuberculose (ganglion crétacé), les deux derniers font partie de la catégorie des tuberculeux trop avancés pour réagir. »

Avec M. Comby, M. Apert conclut (2), d'après les résultats des 40 cuti-réactions qu'il a pratiquées lui-même, que « la méthode, d'application facile est, d'une façon générale, en concordance avec les résultats de l'examen clinique. Dans un seul cas, j'ai noté une discordance et l'événement a prouvé que c'était la cuti-réaction qui avait raison ».

Dans la statistique du Dr L. Morquio, rapportant les observations de 415 enfants de 0 à 15 ans soumis à la cuti-réaction, on constate des résultats du même genre qui lui permettent d'affirmer que « dans

(1) M. Comby, 4.

(2) *Idem.*

tous les cas douteux la cuti-réaction prête à l'examen clinique un appui considérable et décisif (1) ».

Insister, nous semble inutile ; la valeur diagnostique de la cuti-réaction nous paraît suffisamment prouvée.

Laissant de côté la séro-agglutination et l'ophtalmo-réaction, nous ne ferons appel dans ce travail qu'aux observations de cuti et d'intra-dermo-réaction. Jusqu'à ce jour, la plupart des travaux, faits sur ces deux méthodes, ont été l'apanage presque exclusif des médecins. Les chirurgiens s'en sont très peu occupés, on peut même dire que la pratique des réactions à la tuberculine n'est pas encore entrée dans le domaine de la clinique chirurgicale. C'est à peine si, de loin en loin, on signale quelques observations ; mais, en tout cas, il n'existe en France aucune statistique, aucune publication importante sur la valeur de la réaction à la tuberculine dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales.

Il nous a été donné de pouvoir observer dans le service de M. le Dr Mayet un certain nombre de faits très intéressants et qui jettent une vive lumière sur certains points de pathologie externe. Ce sont ces faits et les observations que nous avons pu obtenir que nous nous proposons d'étudier dans ce travail, en montrant combien, dans certains cas douteux, la réaction à la tuberculine peut aider le diag-

(1) Morquio, 12.

nostic ; aussi, après avoir examiné la valeur générale que donne à ce point de vue la réaction ou l'absence de réaction après injection de tuberculine, nous nous efforcerons de prouver que si le chirurgien ne doit attacher que peu d'importance à une réaction positive, il doit, en revanche, attribuer une valeur considérable à l'absence de réaction dans le diagnostic des tuberculoses externes ; nous examinerons enfin la nature des lésions dans lesquelles on doit prescrire de faire la cuti ou l'intra-dermo-réaction à la tuberculine.

Mais, avant de commencer, qu'il nous soit permis de nous acquitter d'un devoir de reconnaissance. Nous remercions bien sincèrement M. le Dr Mayet pour l'extrême bienveillance qu'il nous témoigna et l'empressement avec lequel, après nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, il voulut bien nous en faciliter le travail en nous prodiguant ses conseils.

Que M. le Professeur Achard, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici le témoignage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE I

VALEUR GÉNÉRALE QUE DONNE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC LA RÉACTION OU L'ABSENCE DE RÉACTION APRÈS L'INJECTION DE TUBERCULINE.

Il n'est pas dans notre intention d'essayer de prouver que la cuti et l'intra-dermo réaction à la tuberculine doivent être substituées aux méthodes d'examen clinique: ce que nous voulons montrer, c'est qu'au point de vue général, ces procédés peuvent venir en aide au clinicien, quand les symptômes d'une affection soupçonnée tuberculeuse, ne lui offrent que des caractères insuffisants ou trop peu précis.

La cuti et l'intra-dromo réaction ont chacune leurs partisans, mais, de l'examen des statistiques qui ont été présentées pour chacune d'elles, il convient cependant de reconnaître que l'intradermo semble donner plus de résultats que la cuti réaction; sa constance semble aussi plus grande et nous n'en voulons pour preuve que les résultats obtenus par MM. Mantoux et Lereboullet: pour le premier d'entre eux, comme nous l'avons déjà dit, les observations portent sur 373 cas exactement, 47 adultes et 326 enfants au dessous de 16 ans: « 91 d'entre ces observations concernent des malades dont la tuberculose est cer-

taine et qui offrent les formes de localisation les plus variées. Tous ont réagi, à l'exception de deux phtisiques cachectiques et d'un méningitique mourant. 250 autres sujets, ne présentant pas de signes de tuberculose ou que des signes douteux, ont réagi dans la proportion de 50 % (129 exactement, 121 restant sans réaction) (1).

La statistique de M. Lereboullet est assez comparable à la précédente: sur les 17 hommes qui furent soumis à la réaction, 13 d'entre eux donnèrent un résultat positif; il s'agissait alors de tuberculeux avérés ou bien de sujets que l'on pouvait considérer comme atteints de tuberculose ou susceptibles de présenter un foyer latent de tuberculose. « Des 4 réactions négatives, ajoute-t-il, aucune ne concernait de tuberculeux avérés ou probables ». Des résultats semblables furent constatés chez les 20 femmes qui reçurent une injection de tuberculine, sauf aussi pour 4 d'entre elles, qui, tuberculeuses avérées et cachectiques ne présentèrent aucune réaction.

Quoi qu'il en soit et sans nous arrêter plus longtemps à discuter la valeur respective de chacune de ces réactions, nous nous bornerons à dire qu'avec l'une et l'autre, les résultats obtenus sont nettement suffisants pour permettre aux médecins, qui les appliquent au diagnostic de la tuberculose, d'en tirer des renseignements

(1) M. Hutinel, 5,

d'une importance capitale; il est bon toutefois d'ajouter qu'en présence d'une réaction négative, il est souvent utile, souvent même nécessaire de faire une contre épreuve: si une faute de technique en était la raison, le résultat se trouverait modifié dans une seconde expérience qui n'aurait d'ailleurs fait courir au malade aucun risque de plus.

Mais si la réaction, négative une première fois, l'est encore après une seconde injection, l'on se trouve en droit d'écarter tout diagnostic de tuberculose, sauf cependant dans un certain nombre de cas, bien connus maintenant et sur lesquels nous nous permettrons d'insister.

Tout d'abord nous pouvons nous trouver en présence de tuberculeux, arrivés à une période très avancée de leur maladie et qui cependant ne réagissent en aucune façon à notre injection de tuberculine. Nous n'allons pas évidemment en conclure que ces malades sont indemnes de bacillose, mais bien plutôt que les toxines dont tous leurs tissus sont imprégnés ne permettent plus à la faible quantité de tuberculine qui leur est injectée, de produire chez eux aucune manifestation et Von Pirquet a pu interpréter ces faits de la façon suivante (1). « La réaction positive indique l'existence d'anticorps spécifiques, non complètement neutralisés. C'est l'équivalent des

(1) I. Morquio, 12.

petites réactions qui se produisent dans les revaccinations, signifiant que l'immunité n'est pas absolue..... Si la réaction est négative, c'est que les anticorps ont été fixés par les poisons tuberculeux et ne peuvent en conséquence donner lieu à la nouvelle réaction, lorsqu'on pratique l'inoculation cutanée ».

On s'explique donc maintenant de tels phénomènes, mais que l'on ne s'étonne point s'ils ont pu, alors qu'ils étaient encore insuffisamment connus, soulever ces nombreuses discussions où l'on essaya maintes et maintes fois de retirer toute valeur aux réactions locales à la tuberculine: aujourd'hui, chez un cachectique, l'absence de réaction est prévue, c'est une cause d'erreur, mais une cause d'erreur connue.

Il en existe un certain nombre d'autres encore et les médecins s'étonnèrent pendant longtemps de ne trouver chez certains individus aucune réaction à la tuberculine alors qu'ils les savaient manifestement porteurs d'une lésion bacillaire, il s'agissait de sujets en puissance de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, d'une maladie infectieuse quelconque dont la présence suffisait à empêcher toute réaction. Ces phénomènes sont analogues à celui donné par la cachexie: il faut très probablement les expliquer de la même façon et suivant des expériences de Von Pirquet, « les toxines de ces maladies fixeraient les anticorps, donnant lieu à une cuti-réaction négative

chez des sujets tuberculeux qui réagissaient avant la maladie, et réagissent de nouveau à la convalescence ».

Il est donc incontestable que pour se faire une idée exacte de la valeur des réactions à la tuberculine, il convient, dans les statistiques, de retrancher, des cas où ces réactions furent négatives, tous ceux dont les sujets n'étaient pas absolument indemnes d'une fièvre éruptive, d'une maladie infectieuse quelconque, tous ceux aussi chez qui la tuberculose en était arrivée à son ultime période. C'est du moins ce qu'il semble nécessaire de faire dans la pratique des médecins si l'on veut avoir des résultats concluants; comment en effet procédent-ils la plupart du temps ? Qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, quand l'expérimentation a été décidée, tous les malades d'un service sont soumis à l'épreuve: pour obtenir les meilleurs résultats, l'injection se fait chez tous dans les mêmes conditions et pour éviter autant que possible les causes d'erreur, dit M. Macé de Lepinay, ces inoculations sont pratiquées à la même heure, les résultats notés le lendemain, le surlendemain et le jour suivant. Qu'arrive-t-il dans ces injections en masse ? Que dans le nombre des sujets soumis à l'épreuve, se trouvent réunis les malades les plus disparates, les uns arrivés à la cachexie, les autres porteurs de maladies infectieuses, ceux-la précisément qui ne peuvent manifester aucune sensibilité à la tuberculine.

En est-il de même pour le chirurgien ? Il ne le semble assurément pas, si on considère les sujets qui se présentent à lui et la nature des lésions dont ils sont porteurs. Les malades qu'il lui est possible de soumettre à l'épreuve, s'il soupçonne que la nature de la lésion est tuberculeuse, n'en sont presque toujours qu'au début de l'affection: ce n'est pas à des cachectiques que ses soins peuvent être de quelque utilité. Il n'aura aucun intérêt à rechercher dans ce cas s'il y a ou non réaction à la tuberculine.

Il en sera de même pour les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, toutes les maladies infectieuses en un mot qu'il lui est parfaitement loisible d'éliminer.

En résumé, il faut dans la pratique médicale tenir largement compte des causes d'erreur que nous avons signalées: avec le chirurgien, ce n'est plus nécessaire puisqu'il lui est loisible, étant donné la nature des lésions qui pourraient être tuberculeuses, d'éliminer ces mêmes causes d'erreur: le résultat des épreuves n'étant plus troublé par elles, il faut considérer comme indemnes de toute tuberculose les sujets chez lesquels on ne trouve aucune réaction.

CHAPITRE II

LE PEU D'IMPORTANCE QU'A LA RÉACTION POSITIVE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

Deux cas peuvent, comme nous l'avons vu, se présenter après une injection de tuberculine: ou bien le malade va réagir, ou bien il va rester complètement insensible à l'inoculation qui lui a été faite.

Pour le médecin, la première de ces constatations offre un grand intérêt: c'est elle en effet qui lui permet de déceler « non seulement les tuberculoses cliniquement appréciables, mais encore les foyers tuberculeux latents » (1). C'est grâce à elle qu'il peut affirmer que son malade est, au sens le plus large du mot, un tuberculeux; mais elle ne lui suffit pas pour déterminer la région de l'organisme atteinte, que ce soit le sommet pulmonaire, la plèvre, les méninges, un foyer ganglionnaire, dont les lésions, tout au moins au début, ne donnent guère de symptômes extérieurs. « L'intra-dermo comme la cuti réaction décèlent seulement la présence d'un foyer tuber-

(1) M. Hutinel, 5.

culeux dans l'organisme sans en déterminer la localisation ».

Une réaction positive n'en reste pas moins précieuse pour le médecin: au traitement des troubles pour lesquels il est consulté, elle lui permet d'ajouter celui de la tuberculose qu'il vient de dépister et à côté de laquelle il eût sans cela presque infailliblement passé.

Il n'en est plus de même pour le chirurgien, car les formes de tuberculose qu'il est appelé à examiner sont tout autres: se trouvant en présence d'une lésion dont il veut avoir le diagnostic, lésion qui possède en elle même des symptômes cliniques extérieurs, lésion localisée et qu'il est appelé à soigner à l'exclusion des autres qui peuvent siéger dans l'organisme, il n'a vraiment pas, comme le médecin, grand intérêt à savoir si ce malade est porteur d'un germe de tuberculose, quelque petit qu'il soit. Elle ne l'avance en rien dans son diagnostic: les affections qu'il rencontre presque toujours sont, nous le répétons, des affections locales, intéressant le plus souvent les os ou les articulations, et par leur seule localisation, elles doivent éveiller déjà dans son esprit l'idée de tuberculose possible. Qu'une réaction positive se produise, révélant la présence du bacille de Kock chez le malade et permettant de conclure à l'existence d'un foyer tuberculeux, elle n'autorisera jamais le chirurgien à affirmer que ce foyer siège précisément sur l'os ou l'articulation dont se plaint le malade.

Il est fréquent, nous le montrerons plus loin, de trouver des arthrites gonococciques, des arthrites syphilitiques qui s'accompagnent de réaction positive due certainement à la coexistence dans l'organisme d'un foyer tuberculeux distant.

Ce qui importe donc au chirurgien et c'est un point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est avant tout de pouvoir fixer un diagnostic local. Dans la majorité des cas, il n'est hésitant qu'entre un bien petit nombre d'affections: une hanche est-elle le siège de coxalgie? s'agit-il au contraire d'un simple rhumatisme? Une colonne vertébrale est-elle atteinte de mal de Pott? Y a-t-il seulement de la rachialgie? tel est le genre de questions qu'il lui est permis de se poser, mais l'hypothèse qui se présente toujours la première à son esprit est celle de la tuberculose, ne serait-ce que pour une raison de fréquence: une réaction positive, par sa définition même et les caractères que nous lui avons reconnu, ne le fera pas avancer d'un pas dans la voie du diagnostic.

Nous ne voulons pas abandonner ce chapitre où nous n'accordons qu'une valeur très minime à la réaction positive pour le diagnostic chirurgical, sans attirer l'attention sur certains cas, très peu nombreux il est vrai, mais dans lesquels cette même réaction peut cependant impressionner le chirurgien.

Et d'abord supposons qu'il s'agisse d'un tout petit enfant; on sait, par de nombreuses recherches d'anatomie pathologique que les lésions bacillaires de l'organisme augmentent proportionnellement avec l'âge; avec cette constatation concorde très bien la fréquence croissante des réactions positives à la tuberculine à mesure que l'on passe de l'enfant, à l'adolescent et à l'adulte. Chez le premier, au-dessous de un an, « on ne trouverait, suivant M. Hutinel, qu'une réaction positive contre quarante négatives; la proportion est de plus d'un quart de un à deux ans, de plus de moitié de trois à sept ans, plus élevée encore de sept à quinze ans, atteignant près des 5/6.

M. Morquio, avec une statistique portant sur 224 enfants de zéro à dix-huit mois, arrive aux mêmes conclusions: 220 réactions négatives pour quatre positives.

Avec eux, nous pouvons donc dire que chez le tout jeune enfant, la réaction positive est d'une extrême rareté.

Qu'elle vienne à se produire nettement chez un tel enfant, le chirurgien devra-t-il se contenter de lui donner la seule signification que nous lui reconnaissions tout à l'heure? Il est certain que dans un pareil cas, si l'on s'en rapporte aux statistiques, on doit lui reconnaître tout au moins le droit d'être fortement impressionné. Du fait que la tuberculose est peu fréquente à

cet âge, que ses localisations ne sont en tout cas pour ainsi dire jamais multiples, la réaction positive semble sinon l'autoriser, du moins l'inciter fortement à localiser la tuberculose sur la lésion qui fait l'objet de son diagnostic.

Prenons maintenant le cas d'un individu extrêmement vigoureux dont les antécédents héréditaires ne révèlent rien qui puisse faire penser à la tuberculose; dont les antécédents personnels sont parfaits et dont l'état général est très bon: seules quelques douleurs bien localisées à une articulation ou à un point osseux, seuls quelques mouvements pénibles à exécuter sont venus l'inquiéter: un examen minutieux de tous les organes ne permet de découvrir ou même de suspecter aucun autre point pathologique. Que la réaction à la tuberculine soit positive, et le chirurgien, ici encore, aura une tendance bien naturelle à voir le bacille de Koch évoluer sur la seule région du corps qui se montre atteinte.

Dans ces quelques cas absolument particuliers, il n'en devra pas moins se défier: là encore, c'est tout au plus si l'on peut dire qu'une réaction positive engage dans une certaine probabilité. Dans la pratique chirurgicale, il ne faut jamais se hâter de lui accorder une valeur qu'elle n'a point et nous ne croyons pas pouvoir le mieux prouver qu'en rapportant ici 2 observations inédites dues à l'obligeance de notre maître M. le Dr Mayet: elles montrent bien qu'une réac-

tion positive dans les cas d'arthrite dont l'origine tuberculeuse est douteuse ne peut à aucun degré être considérée comme une certitude de bacillose.

OBSERVATION I

Mademoiselle X..., 27 ans, a été atteinte, il y a deux ans, d'une arthrite chronique du genou droit, avec augmentation de l'articulation, épanchement dans la synoviale et douleurs, assez faibles du reste, à la marche et à l'exploration digitale. On constatait de l'atrophie musculaire.

A ce moment, elle part pour Berck, où elle est soignée par un des chirurgiens de cette station ; son mal est catalogué : tumeur blanche du genou. Elle est immobilisée trois mois dans un appareil plâtré, et il lui est fait deux ou trois injections intra-articulaires.

Au bout de deux mois, ablation de l'appareil ; on constate un certain degré de flexion du genou et on remet aussitôt un nouvel appareil plâtré dans le but de s'opposer à cette flexion.

Cet appareil est enlevé au bout de six semaines environ, dit la malade ; le genou était, à ce moment, encore un peu gros, la synoviale un peu augmentée de volume, mais les douleurs avaient diminué. A plusieurs reprises, la malade est alors présentée à une réunion de médecins comme étant un cas de tumeur blanche rapidement guérie par le régime marin et les injections intra-articulaires.

Mademoiselle X .. quitte Berck ; son genou n'est pas complètement dégonflé, elle se sent toujours un peu souffrante et arrive à Paris, où elle essaie de reprendre son train de vie ordinaire.

Deux mois après son retour, apparition d'une autre

arthrite analogue dans le genou gauche, et c'est à ce moment qu'elle vient consulter M. le docteur Mayet, qui l'examine et fait les constatations suivantes : état encore pathologique de l'articulation du genou droit ; la synoviale est encore un peu distendue, il la sent épaissie, mais pense que cet épaississement peut être mis sur le compte des injections intra-articulaires. Ce qui le met en éveil contre le diagnostic de tuberculose, c'est une dissociation très nette entre les signes physiques, qui donnent l'apparence d'une tumeur blanche, et les symptômes fonctionnels qui sont très minimes : la douleur, provoquée ou au mouvement, est presque nulle.

Du côté gauche, il y a une arthrite très nette : le cul-de-sac sous-tricipital est distendu, les deux culs-de-sac de chaque côté du ligament roturien le sont également ; la synoviale est épaissie ; la malade accuse de la douleur à la flexion et on peut constater également une légère douleur à la pression, au niveau du ligament latéral interne ; l'atrophie musculaire est très nette.

En présence de cette bilatéralité et du peu de netteté des signes habituels de la tumeur blanche du genou, M. Mayet pense à la possibilité d'une arthrite syphilitique ; cette jeune femme ne présente, dans son histoire, rien qui puisse mettre sur la trace d'une affection de cette nature. Elle a pourtant une raucité constante de la voix, mais ne présente aucune ulcération du côté du pharynx ou du larynx.

Espérant que le diagnostic de non tuberculose sera confirmé par une absence de réaction à la tuberculine. M. Mayet fait une cuti-réaction ; elle est parfaitement positive ; il existe trois piqûres qui, au bout de quarante-huit heures, donnent une tuméfaction évidente ; une quatrième, faite sans tuberculine, n'a présenté aucun phénomène d'inflammation. Dans l'idée que cette réaction positive peut cacher une erreur de diagnostic et voulant en

avoir le cœur net, la malade est soumise au traitement antisyphilitique sous forme d'injections de biiodure.

Au bout de très peu de temps, ce traitement amène une amélioration notable qui se manifeste également dans les deux genoux ; la tuméfaction des synoviales diminue et, après quinze jours de traitement, les deux arthrites ont nettement rétrocédé ; il n'existe, pour ainsi dire, plus de phénomènes articulaires, la synoviale est souple et la malade peut faire trois kilomètres sans souffrir.

OBSERVATION II

Louis M..., 6 ans, vient à l'hôpital Lannelongue dans le service du docteur Mayet, il y a trois mois environ, pour le consulter à propos d'une ancienne entorse du cou de pied, diagnostiquée par deux médecins de la ville : tumeur blanche.

D'après les renseignements que l'on a pu recueillir, l'entorse se serait produite deux mois et demi environ avant son arrivée : l'enfant ne pourrait presque plus marcher, tellement les souffrances sont vives.

Examen du malade : on constate une atrophie, musculaire très nette : le triceps sural est augmenté de volume, la synoviale articulaire est indemne.

Les mouvements que l'on fait faire avec la main ne sont pas douloureux ; le malade accuse au contraire de vives souffrances dans les mouvemonts à la marche, avec localisation au côté externe de l'article, derrière la malléole externe. Il existe là une synovite descendant des péroniers, synovite qui offre une consistance assez mollasse, dont on peut retirer, par la ponction, un liquide clair. Aucune sensation de grains riziformes.

A l'autre pied, un examen méthodique permet de retrouver la même synovite.

Le petit malade est, paraît-il, sujet à de fréquentes atteintes de rhumatisme : on apprend même qu'il a eu, trois ans auparavant, une poussée de rhumatisme articulaire et fébrile.

Le diagnostic porté cliniquement par le docteur Mayet est celui de synovite rhumatismale s'étant développée à côté d'une entorse aujourd'hui guérie, la synovite étant en quelque sorte superposée à l'entorse et donnant les apparences d'une affection articulaire.

Espérant une cuti-réaction négative qui viendrait affirmer le diagnostic, le docteur Mayet soumet le jeune malade à l'épreuve de la tuberculine ; la réaction se montre nettement positive.

L'enfant est envoyé à la campagne par sa famille et là, il continue à marcher pendant deux mois ; il en revient, à ce moment complètement guéri, ne présentant plus, et cela depuis quelques jours seulement, qu'un simple torticolis rhumatismal.

« Il semble évident, dit M. Mayet, que le diagnostic de synovite rhumatismale doit être maintenu, malgré la cuti-réaction positive. »

On le voit, lorsque la réaction à la tuberculine est positive, elle ne constitue qu'un mode d'épreuve très infidèle et l'on n'a vraiment le droit d'être satisfait que lorsque tous les autres procédés d'investigation ont été mis en œuvre pour la contrôler.

CHAPITRE III

LA GRANDE IMPORTANCE QU'A LA RÉACTION NÉGATIVE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC CHIRURGICAL.

Le second cas qui peut se présenter, lorsqu'on a soumis un sujet à une injection de tuberculine, est celui dans lequel ce sujet ne montre aucune réaction. Comment faut-il interpréter ce résultat ? Quelle est en un mot la valeur intrinsèque de la réaction négative ou pour parler plus exactement, de l'absence de réaction à la tuberculine ?

Avant tout, avant de pouvoir rien affirmer, la première chose a faire est d'éliminer les cachexies, les fièvres éruptives et les maladies infectieuses: nous en avons prouvé la nécessité en montrant que dans ces cas, il est constant de ne trouver aucune réaction, chez des sujets en puissance de bacillose. Dans de telles conditions, le procédé n'a aucune valeur; laissons-le donc de côté.

Tout autre est la valeur diagnostique d'une réaction négative lorsqu'on a affaire, au contraire à des sujets encore très vigoureux et qui ne sont atteints d'aucune des affections précédentes. Assurément, rien n'est absolu: mais cependant,

lorsqu'une réaction, négative une première fois, reste négative dans une seconde expérience, on peut se considérer en droit de conclure que la tuberculose n'existe pas chez le sujet examiné: les statistiques actuelles, en présence d'un fait semblable, permettent d'affirmer 98 fois sur 100, que ce sujet n'est porteur d'aucune lésion bacillaire. C'est dire la valeur considérable qu'il faut attribuer à une absence de réaction et nous ne craignons pas d'ajouter qu'il faudrait chercher longtemps, parmi les procédés d'examen, avant d'en trouver un qui donne au point de vue du diagnostic chirurgical, une aussi grande sureté: il n'en existe point.

Un tel procédé aussi sûr et aussi fidèle doit rendre les plus grands services au chirurgien si l'on songe aux difficultés de diagnostic sans nombre avec lesquelles il se trouve aux prises dans la plupart des cas pour lesquels il est consulté: ce sont le plus souvent des lésions mal caractérisées et qui le font hésiter entre la tuberculose et une série d'autres formes de néoplasie inflammatoire.

La tuberculose chirurgicale n'est pas en effet purement destructive: c'est une forme que l'on peut considérer comme atténuée et qui, le plus souvent, se montre plutôt édificatrice: le vieux mot de tumeur blanche, donné jadis aux ostéo-arthrites tuberculeuses, s'il ne comportait en lui-même aucune définition anatomique et étiologi-

que, avait au moins le mérite de bien faire ressortir cette augmentation de volume qui constitue un des principaux caractères de la tuberculose articulaire et osseuse.

On pourrait de la sorte citer un grand nombre d'exemples de régions atteintes de bacillose qui intéressent spécialement le chirurgien, et dont le volume et la consistance sont toujours modifiées par le processus pathologique.

Si nous regardons comment agit le bacille de Koch sur les ganglions cervicaux, sur ceux du pli de l'aîne, nous voyons aussitôt qu'il produit d'énormes adénites, des hypertrophies dont le volume atteint le double, souvent le triple de celui du ganglion initial.

Pour les articulations, qu'il s'agisse de celle du poignet, de celle du genou, ou du cou du pied, la réaction est la même: elle cause ces déformations, ces tuméfactions plus exactement qui peuvent donner le change et en imposer pour d'autres producteurs inflammatoires.

La tuberculose qui vient de frapper un testicule obéit encore à la loi générale que nous avons donnée: s'agit-il d'une forme aiguë, d'une orchite tuberculeuse suivant la dénomination de Duplay, la tuméfaction se produit d'une façon extrêmement rapide: et tout au moins pendant quelque temps, le chirurgien qui constate la coexistence d'un écoulement séro-purulent, est autorisé à se demander s'il ne se trouve pas en face d'une orchite blennorrhagique.

Est-ce au contraire une forme chronique ? La tuméfaction ne manque pas non plus, qu'elle siège sur le testicule lui-même ou sur l'épididyme, et leurs nodosités, perceptibles à la palpation ne sont point des symptômes exclusifs de tuberculose: dans la blennorrhagie, la syphilis, on retrouve des caractères si peu différents que les erreurs de diagnostic ne se comptent plus. D'un autre côté si le testicule et l'épidyme sont en même temps envahis, la lésion n'est pas plus facile à déterminer car une semblable augmentation de volume accompagne les sarcomes, les tumeurs malignes.

N'abandonnons point l'appareil génito-urinaire sans dire un mot de la tuberculose prostatique: par un toucher rectal, on pourra s'assurer que cet organe, partiellement ou dans sa totalité, s'est considérablement accru. Au cours de l'évolution de la maladie, la présence de bosselures sur la glande rendra le diagnostic relativement aisé, mais au début, il ne faut point compter sur ce symptôme et bien souvent ici encore cette question se posera: est-ce une hypertrophie de nature tuberculeuse ou non ?

Sur le territoire cutané, mêmes phénomènes: les gommes tuberculeuses, sans constituer de véritables tumeurs, n'en sont pas moins, elles aussi, de réelles tuméfactions que la vue n'apprécie pas toujours, mais que la palpation permet de déceler; leurs caractères sont également insuffisants

pour qu'il soit facile de les différencier de quelques autres productions analogues.

Il résulte de tout cet ensemble de faits que la tuberculose chirurgicale ne présente point dès son début, comme certaines affections, de véritables signes pathognomoniques: son diagnostic avec d'autres productions semblables est donc des plus difficiles, à tel point qu'on a voulu établir certains points de contact entre la tuberculose très atténuée et quelques tumeurs comme les sarcomes. Tout dernièrement encore (1), M. Poncet, dans une étude sur les lésions de l'appareil utéro-annexiel, surpris dit-il, de voir quelle place énorme était autrefois réservée aux congestions arthritiques de l'appareil génital de la femme et aux vices scrofuleux métro-salpingiens, proposait. un rapprochement entre l'arthritisme et la scrofule: « La maladie de pléthore et la maladie de misère sont toutes deux des syndromes d'affection atténuée et toutes deux en liaison avec l'intoxication tuberculeuse ». Recherchant ensuite la façon dont l'utérus et ses annexes sont influencés par la tuberculose inflammatoire, il prétend que la plupart des lésions trouvées à l'autopsie des phtisiques, du côté de l'appareil génital, n'en sont que des manifestations, au même titre que les névrites, les cardiopathies, que les rhumatismes des tuberculeux.

(1) MM. Poncet et Leriche, 13.

Ici viendrait alors se poser la question des tuberculoses inflammatoires: mais elle n'est pas encore tranchée de façon suffisamment précise et nous nous contenterons de dire que pour d'aucuns, dans le rhumatisme tuberculeux par exemple, le microbe est absent, et qu'il ne faut voir dans cette manifestation qu'une preuve de l'existence de la bacillose dans l'organisme.

La déduction que nous tirons de cet exposé, c'est qu'il y aurait en résumé dans le diagnostic de toutes ces affections un intérêt primordial à savoir si la lésion est ou non tuberculeuse: cette seconde hypothèse ne pourra être affirmée que si une réaction à la tuberculine est négative.

Un dernier caractère des tuberculoses chirurgicales necessite encore, pour leur diagnostic, le secours de ces réactions: nous voulons parler de l'extrême lenteur avec laquelle ces affections évoluent.

En présence d'une coxalgie, d'un mal de Pott dont le diagnostic est nettement posé, il ne faut pas hésiter nous le savons, à prévenir le malade ou son entourage que la guérison ne peut être espérée avant un délai de deux, souvent même de trois ans; et si, comme il arrive malheureusement trop souvent, nous nous trouvons en présence de malades, négligents, chez qui des abcès multiples et non traités ont pu s'ouvrir spontanément, si l'organisme en un mot a eu le temps de s'infecter totalement par une suppuration prolongée,

il faut repousser la guérison à plus tard encore.

Il n'en est plus ici, comme dans nombre de maladies où les symptômes, s'ils ne changent point d'un jour à l'autre, présentent cependant assez rapidement des modifications suffisantes pour permettre au bout de peu de temps de fixer un diagno tic, hésitant lors d'un premier exanmen. Nous sommes là, en face d'états pathologiques qui se développent vraiment de façon très insidieuse et qui réclament du chirurgien une grande perspicacité clinique.

Le début de ces tuberculoses externes est toujours très difficilement saisissable et nous ne croyons pas que l'on puisse nous taxer d'exagération en disant qu'un chirurgien, si bon clinicien soit-il, a pu passer au moins une fois au cours de sa carrière à côté d'une de ces affections commençantes: il ne semble pas possible que le plus fort d'entre eux soit capable à ce moment de faire, seulement avec quelques probabilités, un diagnostic absolument précis:

Presque toujours le malade qui vient se faire examiner ne se plaint que de légères douleurs, très vagues et dont la localisation exacte est difficile à trouver. Les signes cliniques qui permettraient de dépister le mal sont absents dans la majorité des cas et si, pour certaines raisons, quand ce ne serait que celle de fréquence, le chirurgien songe à une tuberculose possible, il ne peut cependant, en l'absence de ces signes affir-

mer de façon certaine qu'elle est la cause de l'état pathologique.

Comment se présente en effet une coxalgie dont le début est encore récent ? Elle ne se manifeste en général que par une certaine gêne aux mouvements qui sont exécutés dans l'articulation de la hanche: le malade ne se sent plus la même souplesse qu'il avait quelque temps auparavant; la fatigue arrive plus vite. Une légère douleur peut accompagner ces phénomènes: souvent localisée à l'articulation coxo-fémorale, elle est aussi souvent plus accusée en un point distant de cette région, caractère qui vient rendre plus minime son importance diagnostique. Enfin, il est fréquent de rencontrer un peu de contracture musculaire qui explique la gêne dont nous avons parlé, et qui contrarie ceux de flexion, d'adduction et d'abduction que l'on veut provoquer.

Et c'est tout ce qu'il est possible de trouver comme smptômes à cette période de la maladie: les attitudes vicieuses qui pourraient éclaîrer le diagnostic, ne viennent en effet que plus tard. Même réunis il faut avouer que c'est peu: le chirurgien pourrait cependant s'en contenter malgré leur petit nombre, s'ils étaient vraiment pathognomoniques; malheureusement ils se retrouvent aussi dans nombre d'autres affections parmi lesquelles nous ne citerons que le rhumatisme ou la luxation congénitale de la hanche à phénomènes douloureux.

Si nous considérons maintenant une autre forme de bacillose externe, tout aussi importante et aussi fréquente que la précédente, celle qui s'attaque aux corps vertébraux, le mal de Pott, on ne peut dire que les conditions soient meilleures pour le clinicien qui est chargé de les diagnostiquer: cette affection, à sa phase initiale, ne se manifestera que par les très vagues symptômes que nous avons déjà constatés dans la coxalgie: un peu de douleur, quelques contractures musculaires. En outre, chez le tout jeune enfant plus particulièrement, il est possible de trouver parfois une légère déformation rachidienne: chez l'adulte, elle ne se produit que plus tard et ne constitue pas un symptôme de début. On ne peut établir un diagnostic sur ces seules probabilités, et il semble impossible de ne point penser en même temps, soit à un rhumatisme, soit à un torticolis, soit à une névralgie intercostale.

Pour les ostéo-arthrites tuberculeuses, aux quelles nous avons fait allusion précédemment, il nous faudrait répéter ce que nous avons déjà dit de la coxalgie et du mal de Pott: leur diagnostic précoce rencontre les mêmes difficultés, il laisse les mêmes doutes dans l'esprit. Lésion qui s'abat surtout sur l'enfance, elle risque fort d'être confondue avec certaines autres qui sont aussi son apanage: nous voulons parler des névralgies, du rhumatisme, nous pensons surtout

en ce moment aux douleurs de croissance auxquelles bien peu d'enfants ont échappé à un moment ou à un autre de leur existence.

Pour terminer voyons ce qui se passe dans une tuberculose urinaire qui commence. Qu'elle s'installe sur le rein ou sur la vessie, son début sera toujours masqué, son évolution sera silencieuse pendant une assez longue période, et le sujet conservera longtemps un état général très satisfaisant. A ce stade de la maladie, l'examen des urines ne donne guère de renseignements pour le diagnostic et le microscope n'y découvre aucune trace de bacilles de Koch. Sans doute le malade accuse souvent des douleurs : c'est un symptôme insuffisant pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'une lésion bacillaire du rein ou de la vessie, la douleur se retrouvant dans la lithiase rénale d'une part, dans la cystite blennorrhagique d'autre part. S'il y a de l'hématurie, on ne peut s'empêcher de suspecter aussi le cancer du rein: on accorde il est vrai des caractères distinctifs aux hématuries bacillaires et cancéreuses, mais ils n'empêchent pas que la confusion puisse souvent s'établir.

Nous avons voulu montrer par ces exemples que la tuberculose externe ne peut pour ainsi dire jamais être diagnostiquée de façon certaine dès son début et qu'on en est réduit le plus souvent à attendre les conjonctures: or il n'est pas d'affection qui demande pour être efficace, une thé-

rapeutique plus précoce. Dans de telles conditions, avec de simples probabilités, si le chirurgien intervient, s'il reste dans l'expectative, il expose son malade dans l'un et l'autre cas à des inconvénients aussi graves: dans le premier, c'est un traitement fort pénible qu'il aura imposé bien inutilement: dans le second, s'il attend des symptômes plus précis, ce sont des déformations et des paralysies qu'il peut laisser s'installer, c'est enfin la perte fonctionnelle d'un membre à laquelle il peut conduire son malade.

Ce que demande donc le chirurgien, c'est un procédé de diagnostic qui lui permette de dire: cette lésion n'est pas tuberculeuse. Un tel procédé existe à l'heure actuelle: c'est celui de l'épreuve à la tuberculine. Il répond exactement aux désirs du chirurgien puisqu'une absence de réaction l'autorise à rejeter immédiatement le diagnostic de tuberculose.

CHAPITRE IV

NATURE DES LÉSIONS DANS LESQUELLES ON DOIT PRESCRIRE DE FAIRE LES RÉACTIONS A LA TUBERCULINE.

Il est donc de toute nécessité de faire entrer dans le domaine du diagnostic chirurgical les réactions à la tuberculine: elles éviteront beaucoup d'ennuis au chirurgien, elles en éviteront encore davantage au malade, lorsqu'elles seront négatives, en ne lui imposant point ces longues immobilisations, tout au moins inutiles, mais qui semblaient justifiées: dans le traitement de ce genre d'affection, il vaut mieux quand même, comme on l'a dit souvent, pécher par excès que par défaut et une thérapeutique rapide, même dans le doute, valait mieux qu'une trop prudente expectative.

Mais à l'heure actuelle et en présence d'une réaction négative, les quelques cas d'exception que nous avons signalés mis à part bien entendu, l'hésitation n'est plus possible: il n'est pas question de tuberculose, il n'y a pas à instituer son traitement. Au chirurgien de rechercher par ailleurs la nature de la lésion.

Ce ne sont point là de simples vues de l'esprit,

et tout ce que nous avons avancé répond à différentes catégories de faits que nous avons pu observer et que nous désirons exposer à la fin de ce travail avec observations à l'appui.

Il est trois cas principaux qui peuvent se présenter dans la pratique chirurgicale et dans les quels l'absence de réaction à la tuberculine peut trancher rapidement le diagnostic en permettant d'éliminer à coup sûr la tuberculose.

Dans le premier, nous plaçons un certain nombre d'affections dont les lésions profondes présentent des symptômes assez peu marqués pour laisser le diagnostic hésitant au début, et faire songer à la possibilité d'une tuberculose.

Il s'agit alors le plus souvent soit d'un mal de Pott au début (1), soit d'une coxalgie commençante dont les signes, nous l'avons vu et nous ne reviendrons point sur ce sujet, se réduisent la majeure partie du temps à de simples phénomènes douloureux et à quelques contractures musculaires: le diagnostic est alors à faire avec une rachialgie dans le premier cas, avec un rhumatisme dans le second. Il peut s'agir encore de tumeurs blanches dont le diagnostic avec les apophysites de croîssance (2) n'est pas toujours des plus simples ni des plus faciles à établir.

(1) Observations III, IV.

(2) Observation IV.

A ce point de vue, les observations inédites que nous avons pu obtenir grâce à l'amabilité de notre excellent maître, M. le docteur Mayet, présentent un grand intérêt: elles montrent non seulement que chez certains sujets (1) d'anciennes lésions tuberculeuses peuvent être à ce point guéries et l'organisme à ce point indemne que les humeurs ne réagissent même plus à la tuberculine; elles montrent encore avec quelle facilité, dans tous les cas où il y avait doute, l'absence de réaction, venant éliminer la tuberculose, a permis de poser un diagnostic.

Dans une seconde catégorie, nous rangeons les cas qui montrent, chez les tout jeunes enfants, les difficultés extrêmes que présente le diagnostic d'une lésion de tuberculose chirurgicale. Nous avons vu déjà que chez l'adulte, les symptômes, peu nombreux sont en même temps très peu marqués: Cependant le symptôme douleur, douleur localisée même, ne fait presque jamais défaut et contribue pour une grande part à orienter le diagnostic vers celui de tuberculose. Chez l'enfant la douleur existe aussi nécessairement lorsqu'il est atteint d'une pareille affection mais ici il n'est plus question de la localiser aussi facilement: les cris poussés par l'enfant quand la palpation et la pression viennent provoquer la souffrance ne sont qu'une bien vague réponse

(1) Observation IV.

et ne renseignent guère sur le siège exact de la lésion. Peut être l'esprit des chirurgiens sera-t-il mis en éveil, peut être pensera-t-il que le bacille de Koch est en cause lorsqu'il constatera une légère fièvre prolongée, un peu d'amaigrissement et l'aspect triste de son petit malade!

Ce n'est pas là, en somme un bien gros élément de diagnostic et l'examen qu'il faut faire en pareil cas ressemble beaucoup à ceux qu'il est habituel de pratiquer en médecine vétérinaire: offrant les mêmes difficultés, il ne présente pas une plus grande certitude.

Ces cas sont cependant d'une extrême fréquence: les coxalgies, les spina ventosa (1) des tout jeunes enfants sont des lésions qui rentrent dans la pratique courante: leur diagnostic avec des luxations congénitales de la hanche isolées ou concomitantes, avec des fractures ou des contusions anciennes viendra bien des fois embarrasser les meilleurs chirurgiens: une absence de réaction à la tuberculine peut seul trancher la question comme le prouvent plusieurs de nos observations.

Enfin, la troisième catégorie à laquelle nous arrivons maintenant va nous permettre d'insister une dernière fois sur l'extrême utilité de faire la recherche des réactions à la tuberculine pour en constater l'absence: c'est la catégorie des

(1) Observations VII, IX.

lésions apparentes sans doute, mais dont les symptômes sont encore trop peu précis pour qu'il ne reste pas un doute dans l'esprit.

Prenons un exemple: la scoliose se manifeste à la vue par une déviation rachidienne et le malade présente dans la majorité des cas une légère gibbosité. Il en est de même dans le mal de Pott et surtout chez le jeune enfant c'est un des symptômes les plus précoces. Sans doute, il est classique de reconnaître à chacune de ces gibbosités des caractères différentiels, mais dans la pratique on ne peut espérer être toujours aussi affirmatif: que la douleur vienne s'ajouter à cette déformation, surtout au début, et l'hésitation semble bien excusable, malgré la présence de symptômes nettement apparents.

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples: les cas d'ulcérations spécifiques ou tuberculeuses, ceux d'arthrites gonococciques ou bacillaires rentrent bien dans cette catégorie: nous ne le ferons pas; nous nous en croyons dispensés par la relation des observations inédites qui vont suivre; mieux que toute discussion, elles pourront affirmer, dans ces cas encore, la réelle valeur diagnostique des réactions à la tuberculine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION III

Maurice L..., 14 ans, habitant le Pas-de-Calais, a consulté un chirurgien de Lille qui a diagnostiqué un mal de Pott dorso-lombaire. Il vient à Paris consulter le Dr Mayet.

Aspect général du sujet : Grand garçon très maigre et d'apparence chétive.

Antécédents : Cet enfant souffre dans la colonne vertébrale depuis un an et demi environ ; il localise ses douleurs à la région dorso-lombaire et aussi à la région cervicale.

Impossibilité pour lui de faire une marche de plus de dix minutes, il ne se trouve bien que couché.

La nuit, le sommeil est parfait ; il n'a jamais été réveillé par les douleurs.

La station debout lui est très pénible, lorsqu'elle dure longtemps ; assis, il est obligé, au bout d'un quart d'heure à vingt minutes, de s'étendre. Ses parents ont dû renoncer à lui faire prendre ses repas à la table de famille ; ils sont persuadés de l'existence d'un mal de Pott.

Examen : La colonne vertébrale est saillante dans toute son étendue ; il y a une atrophie assez considérable des masses musculaires latérales.

Cyphose assez accentuée ; légère scoliose dorsale droite supérieure, et dorsale gauche lombaire.

Les réflexes sont normaux.

Les mouvements de flexion du tronc s'accomplissent

avec gène, mais on ne constate pas de véritable contracture.

Il n'y a pas de gibbosité apparente, mais, par un examen minutieux, la pression décèle, le long de la colonne vertébrale, deux ou trois zones douloureuses, sans cependant de localisation bien particulière, au niveau d'une ou deux vertèbres : une première zone intéresse la région dorso-lombaire sur une étendue de quatre ou cinq vertèbres ; une autre la région dorso-cervicale sur l'étendue de quatre vertèbres.

La septième proéminente, est particulièrement saillante. Aucune douleur en ceinture, aucune douleur irradiée. En présence de ces phénomènes peu précis et qui manquent en quelque sorte de cohérence, le diagnostic était hésitant entre un mal de Pott au début et la rachialgie, — ou plus exactement, suivant le nom qui lui a été donné, — l'insuffisance vertébrale. M. Mayet inclina pour cette dernière hypothèse, se fondant surtout sur l'absence de gibbosité et de contracture, malgré une impotence fonctionnelle à la marche très marquée et une gêne considérable dans la station debout. Quand un mal de Pott devient à ce point douloureux, il est très rare qu'il ne présente point quelque signe vraiment révélateur.

M. Mayet se basait aussi sur la multiplicité des localisations douloureuses, sur l'aspect général du malade qui est bien celui d'une insuffisance vertébrale, enfin sur son hérédité (le père et deux tantes sont scoliotiques, mais un oncle est mort de mal de Pott).

Cuti-réaction négative, intra-dermo-réaction également négative.

En présence de cette constatation, M. Mayet prend sur lui de ne pas prescrire le traitement habituel du mal de Pott et se contente d'ordonner au malade un corset de soutien avec des béquillons. Comme traitement général, des bains salés, des douches tièdes sur la colonne verté-

brale, du phosphate de chaux, une alimentation copieuse, des œufs crus; comme hygiène, une vie au grand air, mais pratiquée dans la ville même où habite l'enfant, une promenade matin et soir, faite lentement, pendant une dizaine de minutes; le reste du temps, autorisation d'aller et venir dans la maison, avec un repos de trois à quatre heures par jour, dans un fauteuil ou sur une chaise longue.

Les phénomènes douloureux ne s'aggravèrent pas, au contraire, ils diminuèrent progressivement et au bout de quatre mois le malade put être autorisé à faire des promenades d'une demie heure et à travailler, assis, le dos appuyé.

Il est revu périodiquement tous les mois : la douleur vertébrale se déplace, elle n'a plus la même intensité. Au bout d'un an, elle a complètement disparu et la marche est devenue facile : l'enfant fait de la bicyclette, il accomplit régulièrement quelques exercices musculaires de gymnastique respiratoire, tout en prenant garde de ne point aller jusqu'à la fatigue.

Au bout de 14 mois, il reprend sa vie normale. Il est suivi et surveillé de très près, sans que jamais la guérison se soit un instant démentie et, à l'heure actuelle, c'est un grand garçon, très vigoureux, s'adonnant à tous les exercices physiques : il conserve seulement une très légère cyphose.

Voilà un cas où l'absence de réaction a permis d'éviter un traitement pénible, long, avec immobilité totale, tel qu'il eût dû être si le diagnostic de mal de Pott avait été porté de façon ferme.

OBSERVATION IV

Louis N. ., 15 ans, vient consulter M. le docteur Mayet,

à l'hôpital Lannelongue, au mois de novembre 1909, pour les lésions suivantes : une très ancienne tumeur blanche du genou droit avec subluxation du tibia en arrière; cette tumeur blanche semble guérie depuis six ans environ et, depuis cette époque, ne paraît avoir présenté aucun symptôme de récidive.

Le genou est fléchi à 60° environ; les condyles du fémur sont très saillants en avant, et le plateau tibial, en arrière, est en quelque sorte caché par eux.

L'enfant marche sur ce membre avec un soulier orthopédique, diminuant ainsi, de 6 centimètres le raccourcissement qui atteint environ 12 centimètres. La marche s'accompagne de claudication; elle est possible cependant avec une canne.

La jambe gauche, jusqu'alors saine et solide, présente une hypertrophie de la plupart de ses muscles, notamment du quatriceps fémoral qui fournit un travail considérable.

Depuis trois mois, le malade ressent de ce côté des douleurs de plus en plus vives, siègeant au niveau de la tubérosité tibiale antérieure. Celle-ci est augmentée de volume, elle est actuellement très saillante, et entourée d'un peu d'empâtement qui se prolonge jusqu'à la région articulaire, de chaque côté du ligament rotulien.

La pression est douloureuse sur la tubérosité tibiale elle-même où elle atteint le maximum d'acuité, mais toute la région empâtée est également très sensible, même et y comprise la région articulaire inférieure.

Le diagnostic qui paraît le plus probable à M. Mayet, est celui d'apophysite de croissance dans la tubérosité tibiale gauche, dûe à l'augmentation, à l'exagération même peut-on dire, du rôle fonctionnel qu'est obligé de subir le membre gauche en raison de l'attitude du membre droit.

Toutefois, un doute peut rester dans l'esprit, à cause

des antécédents du malade qui sont mauvais, au point de vue tuberculeux : la mère est vivante, le père également, mais il traîne depuis six ans une bronchite chronique; trois frères sont morts en bas âge, de méningite; une sœur est morte de tuberculose à 21 ans; enfin sur lui-même, existe une tumeur blanche ancienne guérie, mais qui a laissé des traces indélébiles.

M. Mayet, sachant qu'un certain nombre d'individus porteurs de lésions tuberculeuses anciennes et guéries depuis longtemps, ne réagissent plus à la tuberculine, tente une cuti-réaction : elle est négative; négative également l'intra-dermo qu'il pratique ensuite.

Cette absence de réaction, confirmant l'existence d'une apophysite de croissance, on fait des pointes de feu sur la tubérosité atteinte et on recommande d'éviter la fatigue tout en permettant un exercice modéré.

Les pointes de feu produisent une amélioration immédiate et très caractéristique, fait que M. Mayet considère comme très en faveur de l'apophysite de croissance ; elle est répétée tous les dix jours, pendant deux mois, et au bout de ce temps tout est rentré dans l'ordre : la douleur exquise de la tubérosité a complètement disparu, l'empâtement s'est résolu; il ne reste plus qu'une augmentation de volume qui sera probablement définitive.

OBSERVATION V

Marie C..., 21 ans, couturière vient consulter le Dr Mayet à l'hôpital Saint-Joseph, pour une arthrite du poignet droit datant environ de trois mois et dont voici les commémoratifs :

Début rapide, en quatre ou cinq jours au maximum; peut-être même fièvre l'accompagnant.

L'articulation a rapidement augmenté de volume et la malade va consulter un médecin de la ville: celui-ci parle de rhumatisme articulaire aigu, fait mettre un pansement ouaté et prescrit du salicylate de soude.

Au bout de quinze jours, les douleurs sont moins vives; c'est à ce moment qu'elle est examinée par M. Mayet, qui constate la persistance d'une ankylose du poignet, avec gonflement de la synoviale, sensation demi molle, demi fibreuse, un œdème du dos de la main et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras : le diagnostic de poussée rhumatismale est maintenu.

La malade, interrogée, nie avoir aucune perte blanche et se refuse à un examen génital : elle disparaît alors des consultations pendant deux mois.

Au bout de ce temps, elle revient avec un poignet toujours douloureux, peut-être moins tuméfié, mais présentant une ankylose plus intense.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic est hésitant entre tumeur blanche ou arthrite gonococcique.

Une cuti-réaction pratiquée est négative.

Aidé de cet argument, M. Mayet fait comprendre à la malade la nécessité d'un examen génital et peut alors constater l'existence d'une vaginite non douteuse; le liquide recueilli renferme des gonocoques.

Dès lors, on modifie la thérapeutique : la vaginite est traitée par le permanganate de potasse, le poignet est soumis aussitôt à un massage et à une mobilisation méthodiques.

La guérison est obtenue en trois ou quatre mois : les mouvements de l'articulation atteignent presque la moitié de leur étendue normale, le gonflement a disparu. C'est tout au plus si l'on a encore autour de l'articulation, la sensation de masses plus ou moins fibreuses.

Le traitement est continué.

Chez une telle malade, on eût pu, à la rigueur, se pas-

ser de cuti-réaction : elle n'en a pas moins été fort utile en permettant d'affirmer la non existence de tuberculose et en procurant un argument scientifique auquel la malade a dû se rendre, en acceptant un examen qui a permis de mettre le doigt sur la plaie.

OBSERVATION VI

Georges S..., 10 ans, arrive à l'Hôpital Lannelongue au mois de mars dernier : il se plaint d'une raideur complète de la nuque, raideur qui s'accompagne d'une position vicieuse de la tête, en torticolis.

Aux dires de la mère, cette attitude ne remonterait pas à plus d'une dizaine de jours, et c'est à ce moment qu'il aurait été pris, d'une façon assez subite, un soir, en rentrant de l'école, de vives douleurs dans la nuque ; ces douleurs n'auraient fait que s'accroître pendant la nuit, atteignant même un tel degré d'intensité que le sommeil fut complètement empêché.

Le lendemain, la position de la tête était vicieuse, en torticolis très net, déviée à droite, la face regardant en haut et à droite.

Dans la suite, les douleurs auraient diminué. Elles ne se manifestent aujourd'hui qu'à l'occasion des mouvements de la tête, mais ce qui rend, dès le début, le diagnostic hésitant, c'est qu'on ne se trouve point, chez ce petit malade, pour la première fois en présence d'accidents semblables : depuis six mois, il est pris, presque tous les jours, de torticolis tantôt bénin, tantôt plus grave ; entre les crises, il n'arrive jamais à l'indolence absolue et à la rectitude de la position de la tête.

L'examen physique est négatif : l'enfant est gras et d'apparence robuste.

La main pénètre difficilement sous la nuque; elle provoque de légères douleurs sur les parties latérales droites de l'atlas et de l'axis; tout mouvement provoqué de la tête est extrêmement douloureux.

Avec le doigt pharyngé, l'examen ne permet de déceler aucune douleur à la pression; mais comme il provoque des mouvements de retrait du malade, malgré le secours des assistants qui s'efforcent de lui immobiliser la tête, il est très difficile de saisir ce qui appartient à la contracture ou à la douleur provoquée.

On ne constate aucun phénomène d'irradiation douloureuse et le diagnostic oscille entre une arthrite aiguë rhumatismale de la région cervicale supérieure, telle qu'elle a été décrite par Lannelongue, ou un mal sous-occipital au début. L'interprétation de ces phénomènes semble, en effet, difficile : en faveur du mal de Pott sous-occipital, on relève l'existence de ces attaques successives, en quelque sorte subintrantes, assez marquées des le début et progressivement plus accentuées; d'un autre côté, par suite d'une immobilité absolue de la tête, de la position très nette en torticolis, de l'absence de douleurs irradiées à distance, le diagnostic d'arthrite rhumatismale peut être également envisagé, il semble même plus probable.

Une cuti et une intra-dermo réaction sont négatives et viennent confirmer cette opinion.

On applique aussitôt le traitement qui convient à de pareils cas : chloroformisation, mise immédiate de la tête en position normale et minerve plâtrée.

On laisse l'enfant aller et venir.

Au bout de trois semaines, on enlève l'appareil et on constate que les mouvements reviennent.

Un mois plus tard, l'enfant est revu : il est complètement guéri et ne présente plus aucune attitude vicieuse. Le diagnostic par la réaction à la tuberculine a permis

d'appliquer une thérapeutique rapide et qui produit un effet certain.

OBSERVATION VII

Raymond N..., 18 mois, est apporté à l'hôpital Lannelongue, au mois de juillet dernier, parce qu'il boite depuis deux mois environ.

Cet enfant, nourri au sein, est le cinquième d'une famille de cinq enfants ; deux de ses aînés sont morts de méningite tuberculeuse. Sa mère est chétive d'aspect, elle tousse tous les hivers et porte, à la région servicale, toute une série de cicatrices « d'écrouelles », qui auraient évolué chez elle entre l'âge de douze à quinze ans. Le père est bien portant.

Cet enfant a marché tard, vers l'âge de quinze mois ; il n'a jamais été solide sur ses jambes, mais, au début, sa marche à paru assez normale, bien qu'il eût les jambes écartées. Comme tous ses frères et sœurs sont dans le même état, la mère ne s'en est pas autrement inquiétée, bien qu'elle ait observé que sa jambe droite paraissait le faire « caner » plus que la gauche.

A 17 mois, il y a donc un mois, l'enfant a eu une rougeole qui semble avoir été assez sévère ; elle s'est accompagnée de broncho-pneumonie. L'enfant est entré à l'hôpital des Enfants-Malades, il y est resté trois semaines et en est sorti depuis huit jours seulement.

Quand on a voulu le remettre sur les pieds, on a constaté qu'il boitait de la jambe droite.

L'enfant est amaigri, il a une apparence chétive, il tousse la nuit et, de préférence, le matin, de très bonne heure. La mère, redoutant une coxalgie, est venue l'apporter au docteur Mayet pour qu'il l'examine.

On fait marcher l'enfant après l'avoir fait complète-

ment déshabiller. On constate alors qu'il présente des lésions de génu valgum des deux côtés. Sous l'influence de cette position vicieuse bi-latérale, l'enfant marche les jambes écartées et en canant, mais il s'ajoute encore à cette défectuosité une claudication non douteuse du côté droit.

Cette claudication n'est pas très intense cependant, et son interprétation est difficile. Elle n'a certainement pas la précision de celle des luxations de la hanche nettement constituées ; elle n'a pas non plus les caractères de la claudication par contracture que l'on trouve dans la coxalgie.

On examine ensuite l'enfant étendu sur une table. La hanche gauche est saine ; la droite paraît à coup sûr, atteinte dans sa forme ; le pli de l'aine est un peu remonté.

En palpant la région fessière, on a la sensation que la tête du fémur échappe un peu à la cavité ; l'enfant semble souffrir légèrement, au moins de cette région de la hanche droite ; la flexion totale de la jambe sur le bassin est possible, mais l'abduction est très difficile et s'accompagne d'un peu de contracture.

L'enfant est envoyé à la radiographie, chez M. Infroit, à la Salpétrière. On constate alors que l'enfant est porteur d'une luxation de la hanche droite extrêmement nette.

Un nouvel examen, pratiqué dans le courant de septembre, montre un état général meilleur, les forces musculaires augmentées et une claudication qui semble moins accentuée. Cependant, l'enfant souffre toujours dans les mouvements d'abduction et de rotation du membre inférieur droit. On se demande, alors, s'il ne s'agirait pas là d'une de ces observations peu rares d'une coxalgie dans une luxation congénitale de la hanche.

On fait une cuti, puis une intra-dermo réaction ; toutes deux sont négatives.

On s'arrête au diagnostic de luxation sans coxalgie, et l'enfant est revu tous les deux mois environ. Sa claudication persiste, mais les douleurs ont disparu progressivement ; il semble qu'il ait fait là, en se relevant de sa rougeole, quelques petites entorses qui ont fait errer le diagnostic.

Il n'est plus question de coxalgie. Le petit malade sera opéré dès qu'il sera propre et qu'il pourra supporter un appareil plâtré.

OBSERVATION VIII

Charles H..., 22 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph au mois de janvier dernier. Il est porteur d'une ulcération, de nature indéterminée, siégeant dans la région jambière inférieure.

Le diagnostic se pose entre une ulcération de nature tuberculeuse ou de nature spécifique.

Dans ses antécédents héréditaires, on retrouve l'existence de tuberculose manifeste. Sa mère est morte à la suite d'une bronchite chronique.

Les antécédents personnels ne révèlent pas grand chose. Il affirme n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux.

Un examen complet du sujet ne permet de déceler aucune cicatrice de chancre, aucune pigmentation du cou. Il dit n'avoir jamais eu de maux de tête fréquents, de maux de gorge prolongés, d'éruptions cutanées, etc.

On pratique une cuti-réaction ; elle est négative. Le diagnostic d'ulcération tuberculeuse est éliminé ; on se rallie à celui d'ulcération syphilitique.

Le traitement spécifique est appliqué aussitôt. Le malade guérit très rapidement.

OBSERVATION IX

Louise R..., 3 ans, est amenée à la consultation du docteur Mayet pour une certaine gêne qu'elle ressent dans la main droite. Un léger gonflement existant a inquiété ses parents. Le début remonte à plusieurs mois.

A l'examen, on ne constate aucune ulcération cutanée; les phénomènes douloureux sont très peu marqués.

Le troisième métacarpien est le siège d'un épaississement, assez léger du reste, qui fait penser à la possibilité de l'existence d'un *spina ventosa*. L'état général de la petite malade n'est d'ailleurs pas très brillant. Elle est assez maigre et s'enrhume facilement.

L'interrogatoire permet d'apprendre que cette main droite a subi une contusion déjà ancienne ; il est impossible d'en savoir la date exacte.

En présence de ces symptômes peu marqués et, aussi, trop peu caractéristiques, M. Mayet fait une réaction à la tuberculine; le résulat est négatif.

La malade est revue plusieurs fois ; la lésion n'a pas évolué ; il n'y a pas eu de *spina ventosa*.

OBSERVATION X

L..., 15 ans, se plaint, en venant consulter le Docteur Mayet, de gêne, de légères douleurs à la marche qu'il localise spécialement à la région du talon droit : le début remonte à cinq mois environ.

La palpation permet de sentir nettement que la bourse séreuse située en arrière du tendon d'Achille, est en cause.

Est-elle le siège d'une simple inflammation ? S'agit-il,

au contraire, de tuberculose ? Les antécédents, les symptômes sont insuffisants pour faire le diagnostic.

La réaction à la tuberculine est négative.

On ouvre immédiatement la bourse séreuse ; un pansement à plat est aussitôt appliqué. Le malade guérit : revu fréquemment, sa guérison ne s'est pas un seul instant démentie.

OBSERVATION XI

Il s'agit d'un enfant de six mois que l'on vient montrer au Docteur Mayet pour une ulcération du cuir chevelu, survenue à la suite d'une chûte. A ce niveau, il y a mise à nu du pariétal : la plaie n'a aucune tendance à la cicatrisation.

L'aspect chétif de la mère, l'apparence misérable de l'enfant, la physionomie de la plaie elle-même font penser qu'on pourraît fort bien se trouver, là, en présence d'une lésion tout au moins suspecte de tuberculose.

L'enfant est dans un état de malpropreté intense.

On fait une cuti-réaction : elle donne un résultat négatif.

En présence de cette constatation, on se contente de nettoyer soigneusement l'ulcération, l'enfant est pansé convenablement et la guérison est obtenue en trois semaines.

OBSERVATION XII

R... Jeanne, 7 ans, entre dans le service du Docteur Mayet pour des phénomènes douloureux qu'elle ressent dans la fosse iliaque droite ; elle se plaint aussi de res-

sentir dans cette région une sensation de pesanteur, des tiraillements.

Troubles gastriques et intestinaux.

La malade est déjà soignée en ville depuis deux mois; la glace n'a pu faire céder un empâtement que l'on retrouve très nettement à la palpation.

Le début de la maladie ne semble pas s'être accompagné de crises franches d'appendicite.

On hésite entre le diagnostic de tuberculose du coecum et celui de lésions chroniques consécutives à l'appendicite.

Une cuti, puis une intra-dermo réaction sont négatives.

On intervient immédiatement : l'appendice est environné de fausses membranes.

Un examen histologique est fait : il n'y a aucune trace de tuberculose.

La malade guérit rapidement et de façon complète.

CONCLUSIONS

1° La cuti-réaction et, mieux encore, l'intra-dermo-réaction sont des procédés qui, à part quelques causes d'erreur en général faciles à déceler, apportent, lorsqu'elles sont positives, une quasi-certitude de l'existence de la tuberculose.

2° Mais ces inoculations positives sont, en général, d'un faible secours pour le chirurgien, dont le désir est forcément beaucoup plus de fixer un diagnostic local que de savoir si tel individu est porteur ou non d'une lésion, si petite soit-elle, de tuberculose.

3° L'absence de réaction, après inoculation au besoin deux fois répétée, est la certitude presque absolue de la non existence de tuberculose, dans l'organisme ; elle devient donc un excellent procédé de détermination dans les cas de diagnostic chirurgicaux difficiles. Or, ces cas sont très nombreux dans toutes les lésions qui peuvent faire penser à la tuberculose car : *a)* chez les tout jeunes enfants les renseignements sont souvent incomplets ; *b)* la période de début dans les tuberculoses chirurgicales dure très longtemps et c'est à cette période qu'il est le plus intéressant

d'en connaître ou d'en nier l'existence; *c)*, un grand nombre de lésions chirurgicales peuvent laisser supposer leur nature tuberculeuse, et c'est déjà un grand pas de fait dans leur diagnostic que de savoir l'absence de la tuberculose.

4° On ne saurait trop recommander aux chirurgiens, toutes les fois qu'il existe le moindre doute dans leur esprit, l'inoculation de la tuberculine, parfois même répétée, dans le but de constater l'absence de réaction ; — tout diagnostic de lésion pouvant être tuberculeuse devra s'accompagner du résultat donné par une cuti ou par une intra-dermo-réaction, car il n'est pas douteux que cette pratique permettrait, dans le cas de négative, d'éliminer un certain nombre d'erreurs de diagnostic. Et nous croyons que quelques-uns des succès de très rapides guérisons d'arthrites cataloguées tuberculeuses, de très bonne foi d'ailleurs, sont sujets à caution, et que la clinique bénéficierait d'une certitude de plus.

Vu : *Le Président de thèse*,
CH. ACHARD.

Vu : *Le Doyen*,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. LABBÉ. — Le tuberculino-diagnostic. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1907, LXXX, 1011-1019.

2. SICARD. — Sous-cuti et cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp.*, Paris, 1907, 3 s., XXIV, 696-706.

3. COMBY. — La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. *Bull. Méd.*, Paris, 1908, XXII, 469.

4. *Id.* — *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp.*, Paris, 1908, 3 s., XXV, 663-673.

5. HUTINEL. — L'intra-dermo-réaction à la tuberculine. *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1908, 3 s., IX, 276-285.

6. *Id.* — *Trib. médicale*, Paris, 1908, n. s., XI, 693.

7. ARLOING. — Statistiques concernant l'intra-dermo-réaction à la tuberculine. *Prov. Méd.*, Paris, 1909, XX, 349 et 377.

8. *Id.* — *Revue internationale de la tuberculose.* Paris, 1909, XVI, 163-166.

9. MANTOUX et LEMAIRE. — Intra-dermo-réaction chez 300 enfants non malades de 1 à 15 ans. *C. rendu Soc. de Biologie.*, Paris, 1909, LXVII, 356.

10. LEREBOULLET. — Les réactions cutanées à la tuberculine. Cuti-réaction. Intra-dermo-réaction. *Prog. Médical*, Paris, 1909, 3 s., XXV, 87-91.

11. DELILLE. — Cuti-réaction. *C. rendu Soc. de Biologie*, Paris, 1909, IXVI, 706-708.

12. MORQUIO. — La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. *Revue de la tuberculose*, Paris, 1909, 2 s., VI, 89-116.

13. PONCET et LERICHE. — Communication à l'Académie de Médecine (Séance du 7 juin 1909).

14. LANNELONGUE. — Leçons cliniques.

15. MANTOUX. — *Bull. de l'Acad. des Sciences* (10 août 1908).

Imprimerie Spéciale H. CHACORNAC, 9, rue de l'Éperon, 9, Paris.